



**WELL CHILD EXAM - LATE  
CHILDHOOD: 6 YEARS**  
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

**СТАРШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 6 ЛЕТ**

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ ВМЕСТЕ С РЕБЕНКОМ)	ИМЯ РЕБЕНКА _____		КЕМ ДОСТАВЛЕН _____		ДАТА РОЖДЕНИЯ _____		
	АЛЛЕРГИИ _____		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА _____				
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ				СЕГОДНЯ У МЕНЯ ЕСТЬ ВОПРОС О:		
	ДА НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок ест разнообразную пищу.		ДА НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Когда мой ребенок просыпается, то выглядит отдохнувшим.				
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок охотно играет с другими детьми.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок различает левую и правую стороны.				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок умеет считать.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок ежедневно получает физическую нагрузку.					
WEIGHT KG/OZ. PERCENTILE _____		HEIGHT CM/IN. PERCENTILE _____		BLOOD PRESSURE _____		Diet _____	
<input type="checkbox"/> Review of systems		<input type="checkbox"/> Review of family history				Sleep _____	
Screening: Hearing		MHZ	R	L	<input type="checkbox"/> Review Immunization Record		
4000 _____					<input type="checkbox"/> Fluoride Supplements <input type="checkbox"/> Fluoride Varnish		
2000 _____					<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Dental Referral		
1000 _____					Health Education: (Check all discussed/handouts given)		
500 _____					<input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Child care <input type="checkbox"/> Development		
Vision		R 20/ _____	L 20/ _____		<input type="checkbox"/> Regular Physical Activity <input type="checkbox"/> Booster Seat or Seat Belt		
Development		N A			<input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Discipline/Limits/Rules <input type="checkbox"/> Passive Smoking		
Behavior					<input type="checkbox"/> Helmets <input type="checkbox"/> School Issues <input type="checkbox"/> Adequate Sleep		
Social/Emotional					<input type="checkbox"/> Dental Care <input type="checkbox"/> Other: _____		
Mental Health					Assessment/Plan: _____ _____ _____		
Physical: General appearance		N A	Chest	N A	IMMUNIZATIONS GIVEN		
Skin			Lungs		REFERRALS		
Head			Cardiovascular/Pulses				
Eyes			Abdomen				
Ears			Genitalia				
Nose			Spine				
Oropharynx/Teeth			Extremities				
Neck			Neurologic				
Nodes			Gait				
Describe abnormal findings and comments: _____ _____ _____							
NEXT VISIT: 8 YEARS OF AGE							
HEALTH PROVIDER SIGNATURE				HEALTH PROVIDER NAME			
				HEALTH PROVIDER ADDRESS			

DSHS 13-685A RU (REV. 08/2004)

DISTRIBUTION: White - Physician Yellow - Parent/Guardian

 SEE DICTATION**LATE CHILDHOOD: 6 YEARS**

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Late Childhood (6 years)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### **Fluoride Screen**

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

### **Bed-wetting**

Most children who wet the bed overcome the problem between 6-10 years of age. Even without treatment all children eventually get over it. It is important for primary care practitioners to discuss with parents any concerns about their child's incontinence and potential treatment options during the annual exam. Use clinical judgment with treatment.

### **Lead Screen**

Use clinical judgement. Screen children for these risk factors:

- Live in or frequently visit day care center, preschool, baby sitter's home or other structure built before 1950 that is dilapidated or being renovated.
- Come in contact with other children with known lead toxicity (i.e., blood lead 15 ug/dl).
- Live near a lead processing plant or with parents or household members who work in a lead-related occupation (e.g., battery recycling plant).

### **Developmental Milestones**

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list or the Denver II.

Yes      No

- |                          |                          |                                                                              |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ties shoelaces.                                                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Knows left from right.                                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Adds numbers (up to 5).                                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Draws a person -- 6 parts.</u>                                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Copies a square.</u>                                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Can recite alphabet.                                                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Defines 5/8 ball, lake, desk, house, banana, curtain, fence, ceiling.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Heel-to-toe walk (4 steps)</u>                                            |

**Instructions for developmental milestones:** At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items or on even one of the underlined items, refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА – СТАРШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 6 ЛЕТ  
WELL CHILD EXAM - LATE CHILDHOOD: 6 YEARS

(Соответствует нормам EPSDT)

ДАТА

СТАРШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 6 ЛЕТ

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ ВМЕСТЕ С РЕБЕНКОМ)	ИМЯ РЕБЕНКА		КЕМ ДОСТАВЛЕН		ДАТА РОЖДЕНИЯ		
	АЛЛЕРГИИ		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА				
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ				СЕГОДНЯ У МЕНЯ ЕСТЬ ВОПРОС О:		
	ДА НЕТ		ДА НЕТ				
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок ест разнообразную пищу.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Когда мой ребенок просыпается, то выглядит отдохнувшим.				
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок охотно играет с другими детьми.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок различает левую и правую стороны.				
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок умеет считать.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок ежедневно получает физическую нагрузку.				
ВЕС, КГ/УНЦИЙ (ПРОЦЕНТИЛЬ)		РОСТ, СМ/ДЮЙМОВ (ПРОЦЕНТИЛЬ)		КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ		<p>Питание _____</p> <p>Сон _____</p> <p><input type="checkbox"/> Проверка карты прививок</p> <p><input type="checkbox"/> Фтористые добавки <input type="checkbox"/> Фтор-лак</p> <p><input type="checkbox"/> ТВ (Туберкулез) <input type="checkbox"/> Направление к стоматологу</p> <p>Санитарное просвещение: (отметьте все обсужденные темы / выданные материалы)</p> <p><input type="checkbox"/> Питание <input type="checkbox"/> Уход за детьми <input type="checkbox"/> Развитие</p> <p><input type="checkbox"/> Регулярные физические нагрузки <input type="checkbox"/> Детские сиденья или ремни безопасности</p> <p><input type="checkbox"/> Безопасность <input type="checkbox"/> Дисциплина/Ограничения/Правила <input type="checkbox"/> Пассивное курение</p> <p><input type="checkbox"/> Шлемы <input type="checkbox"/> Школьные проблемы <input type="checkbox"/> Достаточный сон</p> <p><input type="checkbox"/> Уход за зубами <input type="checkbox"/> Другое: _____</p> <p>Оценка/План: _____ _____ _____</p> <p>СДЕЛАННЫЕ ПРИВИВКИ _____</p> <p>НАПРАВЛЕНИЯ _____</p>	
<input type="checkbox"/> Проверка систем организма		<input type="checkbox"/> Проверка семейной истории болезней					
Обследования:		МГц	Прав.	Лев.			
Слух		4000	_____	_____			
		2000	_____	_____			
		1000	_____	_____			
		500	_____	_____			
Зрение		Прав. 20/	Лев. 20/				
		Норм. Отклон.					
Развитие		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Поведение		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Социальное/ Эмоциональное развитие		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Психическое здоровье		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Физическое состояние:		Норм. Отклон.	Норм. Отклон.				
Общий внешний вид		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Грудная клетка				
Кожа		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Легкие				
Голова		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Сердечно-сосудистая система/Пульс				
Глаза		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Живот				
Уши		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Половые органы				
Нос		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Позвоночник				
Ротовая полость/Зубы		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Конечности				
Шея		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Неврологическое состояние				
Узлы		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Походка				
Опишите обнаруженные аномалии и ваши замечания:  _____ _____ _____							
СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ: В ВОЗРАСТЕ 8 ЛЕТ				ИМЯ ВРАЧА ИЛИ НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ			
ПОДПИСЬ ВРАЧА				АДРЕС ВРАЧА ИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ			

## **Здоровье вашего ребенка в возрасте 6 лет**

### **Важнейшие моменты**

**Как развивается ваш ребенок в возрасте от 6 до 7 лет.**

Заводит новых друзей в школе.

Выполняет регулярную работу дома.

Помогает ухаживать за домашними животными.

Рассказывает вам о том, что он делает в школе, и делится своими мыслями.

Использует большое разнообразие слов.

**Вы помогаете ребенку учиться всему новому, разговаривая и играя с ним.**

### **Помощь или подробная информация**

**Безопасность при хранении и обращении с огнестрельным оружием:** горячая линия по вопросам безопасного хранения – 1-800-LOK-IT-UP (565-4887).

**Безопасность автомобильных сидений:** Коалиция по защитным удерживающим устройствам (Safety Restraint Coalition): 1-800-BUCK-L-UP или 1-800-833-6388 (TTY).

**Развитие ребенка:** учитель ребенка или управление местного школьного округа.

**Воспитание детей и поддержка:** Семейная справочная служба – 1-800-932-HOPE (4673), организация Family Resources Northwest – 1-888-746-9568, занятия в местных общественных колледжах.

### **Советы по сохранению здоровья**

Достаточная физическая нагрузка имеет большое значение для хорошего здоровья ребенка. Уже сейчас создавайте основы для формирования привычки регулярных занятий физическими упражнениями, которая бы сохранилась на всю жизнь. Если ребенок хочет играть в команде, поишите программу, которая поощряет веселье и забавы больше, чем победу.

Отводите достаточно времени по утрам на здоровый завтрак. Это поможет вашему ребенку лучше заниматься и чувствовать себя хорошо в школе. Позвольте ему помогать вам выбирать здоровую пищу.

Скоро у вашего ребенка начнут появляться первые коренные зубы. Во время следующей проверки зубов спросите у врача о пластиковых коронках для коренных зубов ребенка. Это может предохранить зубы от кариеса.

Если ребенок занимается спортом, то при необходимости нужно использовать каппу для защиты зубов.

### **Советы по воспитанию детей**

Развивайте у ребенка интерес к чтению, читая вместе с ним. Попросите его читать вам простые книги. Продолжайте читать ему более сложные произведения. Сходите с ним в библиотеку, чтобы выбрать книги с увлекательными рассказами или сказками.

Поговорите с ребенком о вреде наркотиков и алкоголя. Будьте сами в этом вопросе примером для ребенка.

Найдите время, чтобы посетить школу ребенка и, по возможности, предложить свою помощь в классе.

### **Советы, касающиеся безопасности**

Проверяйте, чтобы каждый, кто едет с вами в машине, пристегивал ремни безопасности. Научите ребенка, как попросить пристегнуть его ремнем безопасности или посадить в детское сиденье, если он едет в машине с другими людьми.

Продолжайте возить ребенка на заднем сиденье автомобиля, а не на переднем, так как это безопаснее.

Следите за тем, чтобы ребенок надевал шлем, когда катается на велосипеде, коньках, роликовых коньках, самокате или скейтборде. Шлем может помочь предотвратить серьезные травмы головы, если он правильно надет и застегнут под подбородком. Он должен закрывать верхнюю часть лба.